

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

262

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 juillet 1892, à 1 heure.

Par GASTON RANCUREL

Né à la Voulte sur Rhône (Ardèche), le 11 septembre 1864.

Ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Maternité de l'hôpital Tenon

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

CHOROIDITE MÉTASTATIQUE PUERPÉRALE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. FARABŒUF, professeur.

KIRMISSON

RIBEMONT

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

—
1892

117

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

262

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 juillet 1892, à 1 heure.

Par GASTON RANCUREL

Né à la Voulte sur Rhône (Ardèche), le 11 septembre 1864.

Ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Maternité de l'hôpital Tenon

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

CHOROIDITE MÉTASTATIQUE PUERPÉRALE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. FARABEUF, professeur.

KIRMISSON

RIBEMONT

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique...	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLAUX.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RICARD.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	ROBIN (Albert).
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, Chef des tra-	SCHWARTZ.
BRUN.	HUTINEL.	vauz anatomiques.	SEGOND.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTÉRE.	WEISS.
DEJERINE.	MARIE.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554021_0046

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

CHOROIDITE MÉTASTATIQUE PUERPÉRALE

INTRODUCTION

Pendant l'année 1891, dans le service de M. le docteur Champetier de Ribes, accoucheur des hôpitaux, dont j'avais l'honneur d'être l'interne, j'eus l'occasion d'observer un cas de choroïdite ou ophtalmie métastatique au cours d'une septicémie puerpérale. Je me suis efforcé depuis de réunir le plus grand nombre possible d'observations ayant trait à ce sujet, dans le but surtout de mettre en relief les particularités intéressantes pour l'accoucheur.

J'ai à dessein supprimé de mon sujet l'anatomie pathologique, parce qu'elle ne présente rien de particulier dans l'ophtalmie observée au cours de la septicémie puerpérale.

J'ai pu rassembler ici plus de trente faits, quelques-uns malheureusement tronqués. Parmi ces faits figurent, deux observations inédites, l'une que je dois à l'extrême obligeance de mon distingué collègue M. Terson, interne des hôpitaux et mon observation personnelle.

J'ai de plus des renseignements sur un nombre de cas à peu près égal.

Dans cette étude je n'ai fait que suivre consciencieusement les données des observations et des renseignements que j'avais entre les mains.

Avant d'entrer en matière, j'ai l'agréable devoir d'exprimer ma gratitude à tous mes maîtres dans les hôpitaux.

J'ai pu prendre les premières notions de chirurgie et de médecine dans les services de M. le professeur Duplay et de M. le docteur Duguet, qui ont bien voulu m'accueillir comme leur stagiaire à Lariboisière tout à fait au début de mes études, en 1883-1884.

Comme externe, j'eus pour maîtres, MM. les docteurs Gerin-Roze, Quinquaud et Delens. Je les remercie tous des témoignages de sympathie qu'ils m'ont accordés. Je remercie plus spécialement M. le docteur Quinquaud, qui non seulement m'enseigna avec sa haute autorité les affections cutanées à l'hôpital Saint-Louis, mais qui, dans maintes circonstances, me donna des marques inoubliables d'intérêt.

Une année d'internat provisoire passée en médecine à l'Hôtel-Dieu me fit apprécier non seulement le savoir éminent de nos maîtres MM. les Docteur Faisans, Josias et Edgard Hirtz, médecins des hôpitaux, mais aussi leur constante affabilité.

Enfin comme interne titulaire, je dois vivement remercier M. le Docteur Marchand, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, clinicien si sûr, dont j'ai eu deux fois l'honneur d'être l'interne.

Toute ma gratitude est acquise à M. le Docteur Champe-

tier de Ribes, accoucheur des hôpitaux, dont je fus l'interne pendant l'année 1891, à la maternité de l'hôpital Tenon. Il m'a laissé toute la latitude voulue pour me familiariser avec les difficultés nombreuses de l'accouchement et a toujours apporté dans ses rapports avec moi une amabilité à laquelle j'ai été très sensible et dont je lui serai toujours reconnaissant.

Que M. le professeur Pinard veuille bien recevoir mes remerciements les plus vifs, non-seulement pour le grand honneur qu'il me fait, en acceptant la présidence de cette thèse, mais encore pour la faveur qu'il me fit, en voulant bien me prendre, sur la proposition de M. le Docteur Varnier, alors son chef de clinique, pour moniteur d'accouchement à la clinique Baudelocque. Un de mes plus vifs chagrins, c'est que des circonstances indépendantes de ma volonté, m'aient empêché de devenir plus directement l'élève d'un maître aussi bienveillant à mon égard, en acceptant ces fonctions.

Pathogénie.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur la pathogénie de cette affection.

Les théories anciennes, aujourd'hui vieilles, en sont longuement exposées dans l'article de Pousson, *Arch. d'ophthalmolog.* 1881, inspiré par M. le professeur Panas; et dans la thèse plus récente de Desbierre (1890). L'interprétation des faits de cet ordre est connue. Elle est la même que pour toute collection purulente, observée au cours d'une maladie générale infectieuse. Il s'agit dans tous ces cas d'embolies microbiennes. Voici à ce sujet ce que nous lisons dans le nouveau traité de médecine : « Les parasites emportés par la circulation, soit libres, soit inclus dans les leucocytes, vont fonder des colonies, création dont la conséquence varie avec le nombre et la virulence de ces parasites et avec le siège de ces colonies. Ces embolies microbiennes expliquent les métastases figurées. Elles vont se greffer en un point quelconque des organes et deviennent un centre de coagulation pour la fibrine. De là une thrombose, de là une destruction, plus ou moins complète, de là un infarctus. Et au sein de ces organes, suivant ses qualités, suivant sa virulence, l'embolie qui n'est en somme qu'un ou plusieurs germes libres ou inclus dans un leucocyte, engendrera la gangrène, la suppuration ou simplement la résorption molléculaire.

La bactérie agissante dans la septicémie puerpérale, pa-

rait être unique. D'après les constatations de Winckel et Widal, il semble que des agents innombrables qu'on trouve dans les voies génitales de la femme, seul, le streptococque de l'érysipèle, parvienne habituellement à franchir la cloison » (Charrin).

Les noms de Virchow, Heiberg, Cornil, Litten, figurent parmi les auteurs qui ont le plus contribué à élucider cette question ; Virchow en montrant l'importance de l'endocardite infectieuse et le mécanisme de l'embolie, les autres en spécifiant qu'on a affaire à des embolies microbiennes.

Nous extrayons de nos observations les données pathogéniques suivantes : De l'observation de Heiberg nous reproduisons ce qui a trait à la présence des bactéries. Cette observation date de 1874.

On trouva des colonies de microcoques (*Gliacoccus Billroth*) dans les membranes diphtéritiques de la muqueuse utérine et les végétations valvulaires du cœur.

L'œil gauche fut énucléé, coupé et conservé dans le liquide de Müller. Dans la substance cornéenne postérieure, dans les parties périphériques et près de la tunique de Descemet, on trouva sur la plupart des coupes jusqu'à 4 fissures cornéennes remplies d'amas de microcoques, qui par leur coloration brune et leurs réactions sont faciles à reconnaître. Sur des coupes transversales de la périphérie de la cornée, on trouve ces mêmes colonies étalées et des amas de zooglées. Ces amas présentent l'aspect du *Gliacoccus* décrit par Billroth 1874, *coccobacteria septica*.

Dans les capillaires de la choroïde, trois ou quatre petits amas zoogléiques. Enfin dans la rétine on trouva plus d'une douzaine de petits bouchons cylindriques plus ou

moins longs, colonies de microcoques dans les artères. Heiberg ajoute : nous devons accepter l'idée que dans ce cas les embolies de microcoques, leur multiplication, leur propagation à la cornée ont été la cause de la panophtalmie ». Pousson en 1881, examine sous la direction de Doléris le sang de la malade de l'observation (XXIV). Il y constate la présence de microcoques assemblés diversement et de chapelets très courts de trois ou quatre grains. Les liquides purulents de l'œil et le pus de l'abcès de la main contiennent ces mêmes microorganismes.

L'observation de Wagemann (obs. XXX) relate les faits suivants : les yeux furent placés dans l'alcool et ouverts pour être examinés macroscopiquement. Les préparations sèches du pus décélèrent des chaînettes de streptocoques comptant jusqu'à treize membres. Puis on plaça dans la celloïdine l'œil droit et ce qui restait de l'œil gauche. On obtint ainsi de très belles préparations : des embolies multiples de streptocoques existaient dans les vaisseaux rétiens ; ces streptocoques avaient envahi la rétine et le corps vitré et s'y étaient considérablement multipliés.

Ces embolies vasculaires s'étendaient à l'iris, au corps ciliaire, à la choroïde. On les trouvait abondamment jusque dans la conjonctive, les muscles et le tissu cellulaire périsclérotical.

La pathogénie de ces accidents oculaires est évidemment la même que celle des pseudo-rhumatismes mono ou polyarticulaires, des abcès et phlegmons relatés dans nos observations. Huit fois nous trouvons ces arthrites, trois fois ces phlegmons. Tantôt ils éclatent simultanément avec les accidents oculaires, tantôt ils suivent de quelques jours ; plus

rarement ils préexistent. Ils tendent essentiellement à sup-purer. Et dans le pus qu'ils produisent on a pu trouver des streptocoques qui ont fourni des cultures pures (obs. XXXI), ou de nombreux microorganismes sans qu'il en soit spéci-fié la nature (obs. XXV).

En un mot, nos faits corroborent les idées générales pathogéniques émises par les auteurs.

Etiologie.

La choréïdite métastatique puerpérale n'est pas un accident aussi rare qu'on pourrait le croire. Nous avons pu comme nous l'avons déjà dit, nous procurer des documents sur une soixantaine de faits de choréïdite dont les plus éloignés remontent à 1829.

Cette affection se rencontre plus souvent chez les multipares dans le rapport de 3 à 1. Chez ces dernières le nombre des grossesses est très-variable. On trouve 2 et 11 comme chiffres extrêmes.

Elle succède aussi bien à l'avortement qu'à l'accouchement à terme.

Les 4 avortements que nous relatons sont des avortements de 3 mois et demi à 4 mois. Nous ne possédons aucun renseignement étiologique à leur sujet. Tout ce que nous savons, c'est que dans deux des cas, il fallut extraire manuellement le placenta adhérent et déjà en voie de putréfaction.

Pour ce qui est de la grossesse à terme, si dans quelques cas, l'accouchement et la délivrance se sont terminés naturellement, il est bien plus fréquent de rencontrer signalées des interventions, principalement pour ce qui a trait à la délivrance.

Notons d'abord deux relations d'autopsies dues à Virchow (les renseignements cliniques nous manquent). L'utérus fut trouvé contenant des débris de placenta assez

importants, mobiles ou cohérents, dans les deux cas profondément altérés.

Un tamponnement utérin pratiqué contre l'hémorrhagie consécutive à un placenta prævia fut également suivi de septicémie et de choroïdite métastatique.

La délivrance artificielle que nous trouvons signalée six fois, total assez important au milieu de faits étiologiques en somme assez restreints, fut pratiquée soit immédiatement, soit dans les deux jours qui suivirent chez des femmes déjà infectées ou non.

Nous avons enfin trouvé mentionnées deux applications de forceps dont l'une seulement menée à bout.

Un fait paraît ressortir assez nettement, c'est la fréquence de l'accident oculaire dans les septicémies, suite de délivrance incomplète ou artificielle. Qu'il s'agisse d'avortement ou non, les manœuvres manuelles nécessitées pour mobiliser et extraire le placenta, surtout quand il est altéré, en voie de putréfaction, quand l'infection a déjà fait du chemin, qu'il existe des frissons, de la fièvre, les signes en un mot de la résorption de produits septiques, les manœuvres manuelles nécessitées dans ces conditions sont toujours de la plus haute gravité. Et c'est dans ces cas là surtout qu'on peut s'attendre à voir éclater les accidents oculaires métastatiques de la choroïdite puerpérale.

Quelles que soient les causes qui l'ont engendrée la septicémie puerpérale existe dans tous les cas d'ophtalmie métastatique.

On a tantôt affaire à des accidents septicémiques intenses, caractérisés par de la fièvre, des frissons, des localisations abdominales suivies ou non de phlegmatia. Ces acci-

dents ont éclaté peu après l'accouchement, ont frappé la plupart des organes, le cœur, les poumons, les reins, la rate. Aucune accalmie dans l'évolution de l'infection ne s'est produite, quand débute le plus souvent sans bruit l'accident oculaire.

Parfois aussi, après avoir existé avec une intensité variable, les manifestations de la septicémie se sont calmées, la convalescence est venue. Ou bien si ces manifestations pathologiques ont existé, elles ont été si légères qu'elles ont passé inaperçues, que la femme s'est levée, a repris son existence ordinaire. On voit dans ces cas, quelquefois assez longtemps après la délivrance, survenir brusquement des frissons, de la fièvre et éclater avec assez de brusquerie la choroïdite métastatique, que peuvent accompagner d'autres localisations infectieuses de même ordre.

Symptomatologie.

DÉBUT. — L'époque du début de la choroïdite métastatique varie entre les chiffres extrêmes de deux et trente-sept jours après l'accouchement. Le maximum de fréquence correspond au deuxième septenaire. C'est du moins ce qui ressort de notre statistique qui porte sur 24 faits. Le deuxième septenaire figure à lui seul avec le chiffre 10 ; le premier et le troisième avec le même nombre 5. Enfin pour le quatrième septenaire et au delà, 4 faits seulement. Si nous ajoutons à cela la statistique de Hall et Higginbottom, nous ne modifions guère les résultats. Sur six cas, l'époque du début est indiquée pour cinq cas, et cette époque va du 5^e au 11^e jour.

Œil le plus fréquemment pris. — La choroïdite frappe le plus souvent un seul œil. Car sur un total de 38 malades, 8 fois seulement les deux yeux furent pris, ce qui en représente grossièrement le quart.

L'œil le plus souvent frappé est le gauche. Sur les six cas de Hall et Higginbottom, cinq fois ce fut le gauche ; nous le trouvons pris seul dix fois parmi les faits ici réunis.

Nous arrivons pour l'œil droit à un total de 8 faits et pour les deux yeux à même nombre. Dans les cas où les deux yeux furent atteints, ils le furent successivement dans les 48 heures. Les accidents débutèrent peut-être plus fréquemment par l'œil gauche.

Sept fois enfin un seul œil fut pris sans qu'il soit dit de quel œil il s'agit.

Nous parlerons brièvement des symptômes généraux présentés par la malade, quand nous étudierons la marche de l'affection. Nous n'étudierons ici que les symptômes fonctionnels et physiques, en suivant pas à pas les données de nos observations.

A. SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — *Douleur.* — La douleur oculaire est assez fréquemment notée pour pouvoir être considérée comme la règle. Quelquefois violente d'emblée ; le plus souvent elle est spontanée, continue. C'est parfois le phénomène initial, presque constamment elle existe dès les premières heures. Elle peut persister pendant toute l'évolution de l'affection oculaire, s'amender brusquement au moment où l'œil se rompt et donne issue au pus qu'il contient ou disparaître plus tôt.

Son absence est aussi signalée soit durant toute la durée de l'affection, soit comme dans un cas jusqu'au 7^e jour. A ce jour, veille de la mort, on constata une douleur légère à la pression, au niveau de la région ciliaire.

Céphalalgie. — La céphalalgie qu'on observe quoique plus rarement, paraît ordinairement relever de l'infection. Cependant elle peut tenir à la localisation oculaire, c'est une douleur irradiée, périorbitaire ou temporale, comme dans le cas suivant : une femme dans un état subcomateux indique nettement qu'elle souffre de la tempe droite ; l'œil pris est le droit.

Larmoiement. — Le larmoiement existe rarement.

On a signalé encore la diminution, l'abolition même du

réflexe lumineux, ainsi qu'une diminution dans la sensibilité à l'atropine.

Vision. — Au sujet des modifications dans la vision, onze de nos observations contiennent des détails intéressants. Les troubles de la vue surviennent de très bonne heure. Ils sont parfois le premier symptôme. « Le 24 novembre la femme de l'obs. (XXX) avait sa connaissance. Mais elle était dans un état de torpeur profonde et, sans qu'on l'interrogeât, se plaignait d'avoir la vue affaiblie et presque perdue ».

La vision distincte est rapidement abolie ; quelquefois instantanément. Rarement elle persiste plus de 2 ou 3 jours. Quant à la perception des impressions lumineuses, elle dure ordinairement plus longtemps, jusqu'à 5 et 6 jours au plus, bien qu'elle puisse elle aussi être abolie d'emblée.

L'amblyopie est ordinairement progressive. Elle peut porter sur tout le champ visuel également ou supprimer en tout ou en partie la vision dans un segment de ce champ. Ces derniers faits ne sont pas rares.

Le terme final est l'amaurose habituellement complète vers le 6^e jour au plus tard.

B. SIGNES PHYSIQUES. — Quant aux signes physiques, nous étudierons successivement ce qui a trait aux annexes de l'œil, puis ce qui concerne les éléments constitutifs de l'œil lui-même.

a) *Annexes de l'œil.* — *Conjonctive.* — La conjonctive est très fréquemment atteinte de chémosis. On le rencontre dans presque tous les cas. Ordinairement considérable, il n'est pas rare de le voir faire hernie à travers la fente palpébrale, et empiéter largement sur la cornée. Il n'est qu'ex-

ceptionnellement peu prononcé. Il occupe la totalité de la conjonctive oculaire. Quelquefois pâle au début, il ne tarde pas en général à devenir rouge vif. Il peut même prendre d'emblée cette teinte. Son début est le plus souvent brusque et précoce. Dans les cas où les malades survivent il revient progressivement sur ses pas, après avoir duré 30 à 40 jours dans le plus grand nombre des cas. Il s'est montré parfois éphémère, d'une durée de 8 jours, 48 heures même.

Gonflement palpébral. — Le gonflement palpébral est fréquent, moins cependant que le chémosis. Il peut, mais rarement ne pas se montrer. Il débute plus tard que lui, du 2^e au 5^e jour, ou lentement, ou quoique plus rarement d'une façon brusque. Dans ce dernier cas, on a pu voir l'ectropion immédiat de la paupière inférieure.

Les deux paupières sont le plus ordinairement prises. Quand une seule est tuméfiée, c'est la paupière supérieure.

Ce gonflement arrive à son acmé en 3 à 5 jours. A ce moment la paupière est quelquefois tendue, luisante.

Quand il a le temps d'évoluer, il peut régresser rapidement, en 8 jours ou durer plus longtemps et ne disparaître que tard vers le 30^e, le 40^e jour.

Exophtalmie. — La protusion du globe oculaire est rare, débute ordinairement du 4^e au 6^e jour, parfois d'emblée et si elle évolue vers la guérison, disparaît brusquement à la rupture de l'œil ou progressivement, lentement.

Mobilité de l'œil. — La mobilité du globe oculaire dans sa loge peut être atteinte aussi. Elle diminue progressivement, jusqu'à disparaître entièrement bien que ce fait soit rare. Ces troubles dans la mobilité débutent dans les 6 premiers jours.

Hypotonie. — Dans trois cas, du 6^e au 8^e jour, l'hypotonie de l'œil est signalée. Dans deux cas, nous trouvons au contraire indiquée une augmentation de tension, au 5^e jour dans l'un des faits.

Comme faits rares signalons l'injection péricornéenne et les hémorrhagies conjonctivales.

b) *L'œil lui-même.* — *Cornée.* — La cornée peut pendant tout le cours de l'affection conserver son brillant, sa limpidité, mais c'est la très rare exception. Fort rapidement, avant le 3^e jour et fort souvent, elle devient trouble, nuageuse, opaque. Son poli épithélial disparaît et ses altérations peuvent aller jusqu'au ramollissement, à la destruction. Des abcès de la cornée peuvent se produire.

Elle peut sans se rompre redevenir claire, ses altérations peuvent disparaître ; mais plus souvent, elle est détruite ou s'ouvre pour livrer passage à l'hypopion, aux produits de la suppuration et de la destruction oculaires. L'ouverture peut siéger en un point quelconque du limbe, aussi bien dans son segment supérieur que dans sa moitié inférieure. Et la plaie qui en résulte peut rapidement se cicatriser.

Notre observation (XXIV) mentionne l'insensibilité de la cornée parmi les symptômes présentés par la malade. Si nous en croyons Desbierre ce fait est rare. Il peut être ajouté à celui qu'il signale (obs. I).

Chambre antérieure. — Sa profondeur est parfois diminuée. La propulsion de l'iris suffit à produire ce symptôme.

Humeur aqueuse. — Elle peut se troubler, mais il est bien plus fréquent d'observer l'hypopion.

Celui-ci s'installe assez rapidement: deux à cinq jours au plus suffisent. Il débute habituellement par la partie inférieure de la chambre antérieure, et revêt la forme d'un croissant dont la concavité regarde en haut. Il s'accroît progressivement, jusqu'à occuper, ce qui est exceptionnel, toute la chambre. Il peut régresser, disparaître, ou se frayer une route à travers la cornée, qui se cicatrise après lui avoir livré passage.

Iris. — Fréquents aussi, rapides, puisqu'ils se déclarent de 2^e au 8^e jour, les troubles du côté de l'iris consistent en la production d'exsudats épais, presque constants, parfois annulaires. L'épaississement de l'iris, sa décoloration, la production d'une teinte verdâtre sont des phénomènes moins fréquents.

Pupille. — La pupille prend souvent une teinte gris-blanchâtre. L'exsudat irien l'envahit. Il la peut déformer, rétrécir, denteler ; en obstruer la totalité.

Des synéchies postérieures apparaissent rapidement quelquefois.

Les accidents pupillaires se déclarant dans les cinq premiers jours.

Assez souvent immobile, la pupille est habituellement resserrée, exceptionnellement et momentanément dilatée.

Elle réagit mal à l'atropine.

Cristallin. — Il se trouble, se recouvre assez fréquemment d'un exsudat sur l'une ou l'autre de ses faces.

Corps vitré. — Le corps vitré avant le 5^e jour, a été trouvé ordinairement trouble, nuageux, gris jaunâtre. Ce trouble peut aller jusqu'à l'opacité absolue. Rarement il disparaît.

Fond de l'œil. — L'opacité rapide de la cornée, les ex-

sudats pupillaires, les altérations de l'humeur aqueuse, du cristallin et de l'humeur vitrée, rendent de très bonne heure impossible l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil. Les cas les plus favorables à cet examen sont ceux (obs. XXV) dans lesquels les altérations portent sur les deux yeux, mais à des stades différents. On a pu ainsi prendre sur le fait cette affection au début dans l'œil dernier pris. Ajoutons que parfois des segments du fond de l'œil sont partiellement ou totalement inéclairables, que dans ces cas on pourra trouver un rétrécissement ou une suppression du champ visuel correspondant. Terminons ces remarques en insistant sur ce fait qu'on ne saurait pratiquer de trop bonne heure l'examen du fond de l'œil, la possibilité de l'éclairer disparaissant rapidement : quelques heures, deux ou trois jours au plus suffisent généralement.

Les rares examens qu'on a pu faire montrent la fréquence des hémorrhagies rétiniennes tout à fait au début. Dans notre observation (XXV) avant même les troubles de la vision, avant les altérations iriennes, l'hypopion, ces hémorrhagies existent.

Les infarctus qui résultent de ces hémorrhagies, sont entourés d'une zone gris-blanchâtre. Quant à la rétine, en général elle est infiltrée et de même teinte.

Le décollement de la rétine se montre plus rarement, s'accroît progressivement et présente une coloration blanchâtre.

La papille peut rester claire assez longtemps, jusqu'à 4 jours, puis brusquement devenir invisible.

D'une façon générale le fond de l'œil a dès le début un

aspect trouble qui rend plus ou moins nettes les perceptions que nous décrivons.

Il résulte de l'étude des symptômes de cette affection, que la physionomie de la choroïdite n'est pas toujours la même. A côté de symptômes qu'on peut regarder comme constants, chémosis, troubles de la vision, il s'en rencontre d'essentiellement inconstants, tels par exemple les troubles de la cornée, l'exorbitis. Quant à son mode de début, il n'est pas moins irrégulier. Tantôt douloureuse, tantôt non, la choroïdite métastatique se révèle tantôt par des signes physiques, chémosis etc... tantôt par des troubles visuels dont la malade est avertie.

MARCHE. — L'évolution des phénomènes généraux de la septicémie, de ses localisations encéphaliques, thoraciques, abdominales, dont la variabilité est trop grande pour que nous entrions dans des détails; les complications qu'on voit survenir du côté des sinus et des méninges, ne laissent le plus souvent pas à l'affection oculaire le temps d'évoluer.

Quand il en est autrement, la choroïdite a pour aboutissant ordinaire la suppuration de l'œil. Car ainsi que le dit Hirschberg, « la caractéristique de l'embolie septique rétinoporoïdienne, c'est de provoquer la suppuration de l'œil ». La panophtalmite qui en résulte se termine communément par la rupture de la sclérotique, plus rarement le pus se fraie une route à travers la cornée. Le point qui lui donne issue n'est pas toujours aisé à trouver.

Un flot de pus s'écoule, l'œil s'affaisse et les lèvres de la plaie se cicatrisent. L'œil reste atrophié à un degré plus ou moins accentué. Cette atrophie dans nombre de cas s'observe sans qu'il y ait eu rupture du globe de l'œil.

C'est l'atrophie au sens propre du mot, la phthisis bulbi oculi.

Cette évolution a été décrite magistralement par Hirschberg à qui nous empruntons le passage suivant : « L'embolie, dit-il, qu'elle se soit faite dans les vaisseaux rétiens ou choroïdiens, détermine une inflammation qui gagne rapidement la totalité de la région uvéale et vient apparaître dans la chambre antérieure.

Un exsudat dans le champ pupillaire, de l'hypopion, (tandis que la pupille réagit encore relativement bien à l'atropine), du chémosis avec injection péri-cornéenne, apparaissent rapidement, après que l'abolition de la vue s'est produite. L'iris participe de plus en plus à l'affection. Il se produit de l'exophtalmie. L'ulcération de la cornée ou la rupture de la sclérotique conduit finalement à l'atrophie du globe qui est alors absolument détruit. »

TERMINAISON. — La chorio-rétinite aboutit ordinairement à la mort. Nous avons trouvé 19 cas de mort parmi nos observations. Kœnigstein en a reproduit 9, von Reup 2, Hirschberg 4, Hall et Higginbottom 6. Ce qui fait un total de 40 faits. D'autre part, si aux deux cas de guérison de Kœnigstein, nous ajoutons les 17 cas que nous avons recueillis, nous arrivons à un total de 19, soit environ un tiers de survies.

Quant à la survie elle s'accompagne de la perte du ou des organes atteints, avec abolition de la fonction.

Pronostic.

Ces résultats nous permettent de nous faire une idée du pronostic de l'affection.

Distinguons immédiatement ce qui a trait à l'existence de la femme de ce qui a trait à la fonction de l'organe.

Au point de vue de la survie nous venons de voir qu'on l'observe dans un tiers des cas environ.

Ces résultats sont en discordance avec l'opinion émise par Hirschberg: « Le pronostic de l'inflammation métastatique des yeux est toujours défavorable, surtout dans l'ophtalmie causée par la septicémie puerpérale. Toutes les malades que j'ai vues succombèrent, quoique au moment où les yeux furent pris les symptômes semblaient peu menaçants. La mort suivit aussi tous les cas au nombre de 6, observés par Hall et Higginbottom. Il en est de même pour toutes les observations aussi haut qu'on remonte ».

Barnes sans préciser, paraît moins absolu. « C'est, dit-il, une complication de mauvais augure qui précède l'obscurité de la mort; mais nous avons vu la guérison se produire après la perte de la vue », (*Traité d'obstétrique*).

Enfin C. Kipp émet un avis très différent de celui de Hirschberg. Il a déjà groupé un certain nombre de faits démonstratifs de l'assez grande fréquence de la survie. Nous avons du reste puisé aux données de Kipp publiées dans *Amer. Journ. of the médical sc.*, p. 417. Les données de ses

recherches concordent avec les résultats que nous avons obtenus.

Quant à la fonction de l'organe lésé, elle est abolie dans tous les cas. L'œil s'atrophie à un degré plus ou moins prononcé, qu'il y ait eu ou non suppuration ouverte au dehors, et devient complètement amaurotique.

Quand l'affection porte sur les deux yeux, la cécité est totale et définitive.

Traitement.

Les auteurs paraissent à peu près d'accord à ce sujet. La choroïdite métastatique, n'étant qu'un épiphénomène au cours de l'infection puerpérale, c'est contre l'état général infectieux que luttera surtout la thérapeutique. On pratiquera en outre une antiseptie active et sévère des voies génitales. Et l'on s'abstiendra de l'énucléation dont les résultats sont fort discutables.

Dans aucun des cas que nous publions, l'énucléation n'a été pratiquée. Plusieurs cependant, un tiers ont été suivis de la survie de la malade.

L'œil atrophié pourra permettre l'adaptation d'une pièce prothétique.

Dans quelques cas, on pourra être appelé à pratiquer l'extirpation de l'œil atrophié, à cause des accidents sympathiques auxquels il a pu donner naissance (obs. XI, XII, XV) ou à cause des phénomènes douloureux dont il a pu lui-même être le siège. Ces faits d'énucléation secondaire pour accidents sympathiques sont intéressants. Ils infirment les assertions de Knapp qui n'a jamais dans ces cas rencontré l'ophtalmie sympathique. On les peut rapprocher du fait signalé par Desbierre (obs. II).

OBSERVATIONS

Faits de Hall et Higginbottomn.

Hall et Higginbottomn (*Medico chirurgica transactions*, vol. XV, p. 120, London, 1829), publient « 6 observations d'inflammation destructive de l'œil survenant dans l'état puerpéral et apparemment par suite de causes constitutionnelles ». Tous ces cas ont débuté du 5^e au 11^e jour après la délivrance, se sont accompagnés d'altérations graves de la santé, d'épuisement extrême et de mort rapide. Cinq fois l'œil gauche fut pris. L'œil se rompit, deux fois en dehors de la cornée, et subit une fonte rapide.

OBSERVATION I.

Mackenzie eut l'occasion de voir un cas d'ophtalmie métastatique puerpérale à l'hôpital Saint-Jean, de Bruxelles. La femme mourut. On trouva des dépôts entre la rétine et la choroïde et dans la chambre antérieure.

OBSERVATION II. — Obs. 400 in MACKENZIE, *Traité des maladies des yeux*, t. II de la traduction française.

M. Selkirk, chirurgien à Newtonshaw, me fit part du cas suivant. Une pauvre femme de Tillicountry accoucha et fut assistée par une sage-femme, qui éprouva quelques difficultés à extraire le placenta; elle le ramena en pièces et en plusieurs fois. Appelé auprès d'elle

huit jours après, M. Selkirk la trouva sans connaissance avec de la fièvre. Il la crut perdue, mais elle se rétablit. L'œil gauche avait beaucoup augmenté de volume ; une excroissance charnue faisait saillie entre les paupières. L'œil paraissait fort tuméfié ; il était dur au toucher et la cornée était saillante et opaque. — La malade présentait aussi une phlegmatia douloureuse de la jambe droite.

OBSERVATION III. — MANDELSTAMM (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1881, p. 283) a vu les deux cas suivants :

Dans un cas l'irido-choroïdite débuta 37 jours après les couches. Bien qu'une grande quantité de pus s'échappât de l'œil par la perforation de la sclérotique, l'œil ne s'affaissa pas beaucoup et la cornée resta claire. La malade guérit.

OBSERVATION IV.

Dans l'autre cas, chez une femme de 27 ans, l'irido-choroïdite fut suivie de l'atrophie du globe oculaire. La malade guérit. Dans les deux cas un seul œil fut atteint.

OBSERVATION V. — Obs. de SIMPSON (*Clin. obst. et gynecolog.*).

Une femme, six semaines après l'accouchement, vint d'une certaine distance jusque chez moi, me montrer son œil droit qui était tout à fait opaque. Mais ici le globe de l'œil était distendu par une matière purulente. Une quinzaine, après son accouchement, en faisant quelque effort musculaire inaccoutumé, une douleur subite survint dans cet œil qui avait été affaibli par une attaque de rougeole dans l'enfance. L'inflammation survint rapidement. Lorsque je la vis, il n'y avait aucun trouble constitutionnel, comme nous en voyons dans la phlébite ophtalmique puerpérale, maladie presque toujours, sinon toujours, fatale.

J'ai vu dernièrement cette patiente avec l'œil complètement affaîssé et atrophié.

OBSERVATION VI. — MACKENZIE. Obs. 398, p. 95 du t. II,
traduction française.

Femme scrofuleuse de 30 ans, 7^e grossesse. Elle avorte à 4 mois. Accidents septicémiques 15 à 18 jours après la délivrance. Les accidents oculaires éclatent 28 à 30 jours après la délivrance et se trahissent par de nouveaux frissons. L'œil pris est le gauche. Il est très rouge. Chémosis très-marqué ; paupières tuméfiées, l'inférieure renversée en dehors.

Douleurs vives dans l'œil et la tête. Photophobie intense. Larmoiement. Cornée opaque.

L'œil ne se rompit pas. Aucun abcès dans le reste du corps.

Il y avait un délire léger, fugace au réveil.

Mort 8 semaines après l'accouchement.

OBSERVATION VII. — MACKENZIE. Obs. 399.

Le 16 septembre 1839, Mme H. examinée est trouvée dans un état subcomateux. Elle indique pourtant qu'elle souffre de la tempe droite.

La pupille droite est dilatée, la rétine insensible. Conjonctive atteinte de chémosis séreux. P. 150. Elle était accouchée le 5. Le placenta adhérent avait nécessité l'introduction de la main. Elle s'était plainte beaucoup de céphalalgie et avait eu des frissons intenses et fréquents. Elle mourut le 16^e jour.

L'autopsie montre : épanchement séreux de l'arachnoïde et une rétine rouge. Les veines et toute l'insertion placentaire renferment une sanie purulente.

OBSERVATION VIII. — MACKENZIE. Obs. 401.

Le docteur Lee rapporte le cas d'une femme accouchée le 27 janvier 1832, in *British Lying-in-hospital*. Quelques phénomènes fébriles obscurs quelques jours après la délivrance, sans douleurs, dans la région de l'utérus. Au 10^e jour, fièvre vive, délire, soubresauts des tendons et teinte sale particulière de la peau. Phlegmatia gauche.

Les conjonctives des deux yeux devinrent tout à coup excessivement rouges et tuméfiées. La vue se trouva fort affaiblie, sinon complètement perdue. Le genou droit devint extrêmement douloureux. Tache de sphacèle dans la région sacrée. Avant la mort, 18 février, les yeux se gonflèrent tellement, que les paupières ne pouvaient plus se fermer et que la vision était complètement perdue.

OBSERVATION IX. — KNAPP, *Arch. für ophtalmologie*. Berlin, 1867, Band XIII, 1^{er} abtheilung, p. 127. — *Choroïdite métastatique*. — *Clinique et anatomie pathologique*.

Eva V., de Berhausen, accouche normalement le 24 octobre 1866. Trois jours après, frissons, douleur frontale, nausées, sensibilité à la pression au bas-ventre. Quelques jours après, vomissements, délire.

Le 9^e jour après l'accouchement, douleurs dans la région iliaque gauche, genou gauche gonflé et douloureux.

10^e jour. — Epaule droite douloureuse.

16^e jour. — Douleur dans l'œil droit. Pupille rétrécie, très décolorée. Compte les doigts à un mètre. Dans la partie externe du champ visuel, elle n'a qu'une perception quantitative faible de lumière. Fond d'œil trouble ; il est un peu mieux éclairable dans la moitié externe.

18^e jour. — Léger hypopion.

19^e jour. — Inflammation des paupières, chémosis, exophtalmie, l'hypopion augmente. L'acuité visuelle a complètement disparu. Fond d'œil tout à fait inéclairable. Genou gauche fortement gonflé.

22^e jour. — C'est-à-dire 6 jours après le début de l'affection oculaire, l'impression lumineuse est détruite, et l'hypopion remplit les deux tiers de la chambre antérieure.

24^e jour. — L'inflammation des paupières diminue aussi bien que l'hypopion. Frissons, délire, douleurs lombaires, genou gauche et épaule droite douloureux.

On voit apparaître une endocardite.

Le 34^e jour après l'accouchement et le 24^e après le début de l'affection oculaire, comme la malade s'essuyait l'œil, beaucoup de pus fit irruption de la fente palpébrale, sans qu'on pût découvrir l'endroit où l'œil était perforé. Le pus de la chambre antérieure disparut rapidement, ainsi que les manifestations inflammatoires. L'œil

devint petit et mou. Le champ pupillaire était complètement obstrué. La chambre antérieure était devenue plus petite par refoulement de l'iris en avant. L'iris lui-même était verdâtre et recouvert du côté temporal par un exsudat grisâtre.

Le 15 décembre, c'est-à-dire le 52^e jour après l'accouchement et le 36^e après la manifestation oculaire, la malade mourut.

Sans transcrire les détails de l'autopsie générale, nous dirons seulement avec Knapp que le diagnostic anatomique était le suivant :

État puerpéral ; végétations des valvules de l'aorte ; foyers métastatiques dans les reins ; intumescence de la rate ; végétations dans l'intestin ; péricystite et périvaginite purulentes. Thrombus de la veine cave inférieure, de l'iliaque, de l'hypogastrique, et de la crurale gauche. Inflammation purulente des deux genoux et de l'articulation de l'épaule droite ; irido-choroïdite purulente de l'œil gauche.

A l'autopsie de l'œil, faite 24 heures après la mort, on constate les détails suivants : la cornée est claire et transparente. La chambre antérieure est diminuée par propulsion de l'iris et du cristallin. Du côté temporal, on voit sur l'iris une tache jaunâtre. La pupille est obstruée dans sa moitié interne par un exsudat grisâtre. La capsule de Tenon est très épaissie. Sur la surface du globe, on n'aperçoit nulle part de solution de continuité. Tous les diamètres de l'œil sont diminués de longueur, notamment l'antéro-postérieur. Rien d'anormal dans le nerf optique.

A l'ouverture du globe, on trouve la sclérotique deux ou trois fois plus épaisse qu'à l'état normal. Elle est de couleur jaunâtre, à peu près au niveau de la tache jaune, on voit qu'elle est rompue. Au microscope on trouve un second trou cicatrisé dans la région ciliaire. La choroïde est appliquée sur la sclérotique et perforée au même point. A sa face interne, elle présente une membrane purulente jaunâtre, granuleuse. Cette masse purulente, assez consistante, entoure de tous côtés le corps vitré. Le corps vitré est rempli par un liquide transparent, dans lequel nagent des flocons jaunâtres. Dans la couche chorio-capillaire se trouvent des corpuscules de pus entassés. Le zonule de Zinn est conservé, mais l'espace compris entre les deux feuillets et le zonule est rempli d'un liquide transparent, légèrement floconneux.

OBSERVATION X. — KNAPP, *Arch. für ophtalmologie*, Berlin, 1867.
Choroïdite métastatique. — Clinique et anatomie pathologique.

Mme Mehlmann, 43 ans, a eu plusieurs enfants ; le 7 décembre 1864, elle accoucha au forceps d'un enfant sain.

11 décembre. — Frissons, sueurs, ventre ballonné.

14. — Frissons, vertiges, soif intense ; douleurs dans les reins, lochies sanguinolentes. Température 40° 6.

16. — Douleur dans la cuisse droite qui du genou à l'aîne est enflammée et rosée.

18. — Plusieurs phlyctènes apparaissent à la cuisse droite. Rien d'anormal à l'auscultation et à la percussion.

20. — Crachats rouillés, pas de vomitus. Les phlyctènes à la cuisse augmentent de nombre. Diminution de l'acuité auditive.

23. — 16^e jour après l'accouchement. La puissance visuelle de l'œil gauche diminue rapidement ; la pupille est étroite, l'œil est difficilement mobile, l'iris devient verdâtre. Fond d'œil peu éclairable, surtout à la partie interne. Le champ visuel externe est aboli.

La malade compte les doigts en avant et en dedans. La conjonctive est chémotique. Les paupières sont gonflées. Le globe de l'œil devient exorbitique.

24. — La pupille a été moyennement dilatée par l'atropine, elle ne présente ni synéchies, ni troubles. L'œil droit commence à se prendre comme le gauche.

25. — Le fond de l'œil gauche devient de plus en plus inéclairable ; c'est à peine si une lumière intense peut être perçue. Synéchies postérieures.

26. — L'œil gauche est encore repoussé en avant. La pupille droite est encore mobile. Le fond de l'œil est éclairable, mais trouble.

27. — Cécité complète du côté gauche.

28. — 21 jours après l'accouchement, mort dans le coma.

A l'autopsie, on trouve une thrombose des veines iliaques droite et gauche. Phlébite purulente ; œdème et hypostase des poumons. Rate tuméfiée. Néphrite métastatique à droite. L'œil gauche énucléé et examiné nous montre l'iris très épaissi et jaunâtre.

Le corps ciliaire est recouvert d'une masse jaunâtre. Le tissu de la choroïde était grisâtre et épaissi par places.

Le corps vitré trouble, présente des flocons jaunâtres.

HENIUS (*Centralb. für p. Augenheilk.*, mars 1885) cite un cas de double cécité à la suite de l'infection puerpérale.

OBSERVATION XI. — Hofmokl, *Wien Clin. Woch.*, 1889, n° 23, cite un cas de fièvre puerpérale avec métastases pyhémiques dans l'œil droit.

Début 10 jours après l'accouchement. Atrophie de l'œil. Enucléation pour douleurs.

KOENIGSTEIN a vu 11 cas dont 2 guérissent.

VON REUP a observé 2 cas suivis de mort.

OBSERVATION XII. — Van den Bergh (*La Clinique*, 1890) relate un fait de métastase oculaire dans la septicémie puerpérale. Début au 10^e jour de l'accouchement, avec fièvre intense, anorexie, diarrhée, phlébite du membre inférieur gauche. Trois semaines après, iridochoroïdite droite, distension, suppuration et perforation spontanée du globe oculaire au niveau du muscle droit externe. Atrophie du globe. Moignon douloureux. Irritation sympathique. Enucléation de l'œil droit. Guérison.

Ces renseignements sont pris in thèse Émile Gendron, 1890.

En 1858, M. le professeur Tarnier observa un cas d'ophtalmie métastatique double chez une accouchée, qui guérit, mais dont la vue fut perdue.

OBSERVATION XIII. — Dor, in *Revue d'ophtalmologie*, 1885, p. 322.

J'ai moi-même observé, dit-il, un cas de guérison d'une embolie puerpérale septique. La malade vit encore aujourd'hui, dix-huit ans après l'accident, avec phthisis bulbi d'un œil.

OBSERVATION XIV. — Gayet, in *Lyon médical*, 1872, p. 451.

Femme de 39 ans, primipare, accouchée le 20 août 1872 à la Maternité de la Charité, lit 7, a été délivrée artificiellement pour cause d'adhérences. Premier frisson 25 août. Le 2 septembre, elle se plaint d'avoir la vue complètement trouble ; le 3 septembre, on voit dans la chambre antérieure de l'œil droit un onguet purulent. Le 5 septem-

bre, la chambre antérieure est complètement envahie par le pus. Du côté gauche, on n'aperçoit pas d'opacité appréciable ; des deux côtés la cornée a gardé son poli habituel. Le même jour dans le genou droit, on constate une tuméfaction douloureuse. Mort le 6 septembre. *Autopsie 24 heures après.* Infarctus des reins, de la rate.

Pus dans les ligaments larges, les veines utéro-ovariennes, le genou gauche. Autopsie faite par M. Vinay, interne.

Œil gauche ; rien en apparence.

Œil droit ; lors de son extraction avait été dépouillé d'une partie de son coussinet graisseux et l'on avait sectionné ses muscles presque au niveau de leur insertion antérieure.

Les lobules graisseux de ce dernier œil m'ont paru mieux isolés et mieux exactement limités que d'habitude. Les parois des loges graisseuses étaient fortement unies les unes aux autres, ainsi qu'à la coque de l'œil et le tissu épiscléral, généralement si lâche et peu marqué formait sur plusieurs points de vraies cloisons, allant de la sclérotique à la capsule de Tenon. La partie antéro-supérieure du globe de l'œil droit présentait sur la ligne médiane une saillie tout à fait anormale, entamée accidentellement par les ciseaux avec lesquels on a attaqué l'œil. Au voisinage de cette saillie les tissus aponévrotiques sont condensés et au-dessus d'elle l'aponévrose orbitaire et ses dépendances (prolongements qui vont au grand oblique) se montrent plus forts et plus résistants encore que sur le reste de l'œil.

L'ouverture linéaire faite avec les ciseaux donne accès à une cavité limitée en bas par la surface convexe de la sclérotique, en haut par la face inférieure du droit supérieur, sur les côtés par les prolongements tendineux du même muscle, enfin en arrière par le bord antérieur du grand oblique.

Le contenu de la cavité se compose de petits grumeaux séparés entre eux par des cloisons déliées. J'essaie alors de mieux isoler la tumeur et j'enlève sans peine l'aponévrose épaissie qui recouvre le muscle et envoie ses prolongements au grand oblique. La face profonde du droit supérieur ne s'isole pas de la coque scléroticale, aussi facilement que le font les autres muscles. De nombreux filaments traversent la cavité, allant de la sclérotique à la face profonde du muscle droit. En prenant avec précaution le globe de l'œil entre mes doigts, je n'ai fait sortir aucun liquide, aucune matière

solide, ni de l'œil, ni de la cavité purulente ; je dis purulente, car le contenu examiné au microscope par plusieurs collègues se trouva composé de nombreux leucocytes avec et sans noyaux et des granulations en nombre variable. J'y ai vu quelques débris lamineux mêlés aux éléments ordinaires des abcès aigus, mais pas de traces d'aucun épithélium.

Après 2 semaines de séjour dans le liquide de Müller, les deux yeux furent ouverts par une section méridienne passant au niveau des droits interne et externe.

L'œil droit montre dans la chambre antérieure, en haut comme en bas, une masse de pus concret ; le muscle ciliaire dans sa partie postérieure, qui se continue avec la choroïde ; est doublé par un anneau de section triangulaire constitué par une masse exclusivement purulente et sans traces évidentes de cloisons lamineuses ; cet anneau dont la base est tournée vers le cristallin a environ 6 millimètres de largeur. Le canal de Petit, sur le côté externe de la coupe n'est plus visible ; il est rempli par une masse purulente qu'on isole de celle qui est adossée au muscle ciliaire ; sur le côté interne le canal de Petit n'est pas non plus apparent, mais avec un stylet on écarte les parois qui paraissent comprimées par l'épanchement voisin.

La capsule du cristallin surtout la moitié postérieure est considérablement épaissie, la moitié antérieure en son centre, est le siège de dépôts purulents. Le corps vitré se fragmente et se casse de la même façon que l'albumine cuite. Cette particularité n'est pas le résultat du séjour dans le liquide de Müller. Au niveau du point d'émergence des vaisseaux centraux du nerf optique, le corps vitré présente un demi-disque lenticulaire de 1/2 millimètre d'épaisseur et de 4 millimètres de largeur qui rappelle l'anneau purulent de la région ciliaire.

Rétine épaissie, décollée.

Collection purulente déprimant le corps vitré (s'en va sous un filet d'eau) sans l'insertion du muscle droit supérieur, avec interposition de la rétine, de la choroïde, de la sclérotique.

Sur la choroïde, dépôts exsudatifs (membrane vasculaire a été entraînée par le pus). La rétine adhère seulement au voisinage de l'ora serrata.

L'œil gauche présente les mêmes lésions, en un mot les signes de l'ophtalmie métastatique.

OBSERVATION XV.

Ce cas a été observé par Samelshon. Il est rapporté in *Tagelb. du Naturforscher Versammlung*, Breslau, 1874, p. 230.

Kipp, à qui nous empruntons ce fait, ne l'a pas lu dans l'original, mais dans une note qu'on trouve in « *Nagels-Jahresbericht über die ophthalmologie für 1874* ». Il s'agit d'une multipare qui, onze jours après l'accouchement, présenta une choroidite métastatique de l'œil gauche, à la suite de laquelle il se développa six semaines plus tard une hyperesthésie sympathique de l'œil droit. On fut amené à pratiquer l'énucléation du premier. On ne trouva aucune embolie dans les vaisseaux qui étaient ou affaîssés ou remplis de sang.

OBSERVATION XVI. — *Ein Fall von panophthalmitis puerperalis bedingt durch micrococcus.* (Prof. HJALMAR Heiberg, 1874) (1).

Femme de 31 ans, accouchée pour la première fois le 8 avril. Après plusieurs accès de fièvre, elle entra le 5^e jour à l'hôpital. A son arrivée, légère teinte ictérique de la peau et de la conjonctive, gonflement douloureux de plusieurs articulations. Plus tard diarrhée, somnolence et délire. Température jusqu'à 40°5.

Le 20 avril gonflement rouge énorme de la conjonctive de l'œil gauche, trouble de la cornée. Le lendemain hypopion et immédiatement après panophthalmie. Elle meurt le 24 avril à 1 heure du matin.

Autopsie, faite le 24 avril, montre des infiltrations diphtéritiques de la muqueuse, surtout dans la partie cervicale. De longs amas purulents au bord du corps de l'utérus. Un abcès dans l'ovaire droit. Les muscles du cœur sont pâles avec de petits foyers purulents punctiformes au-dessous de l'endocarde du ventricule droit. La valve antérieure de la mitrale présente au bord de la fermeture une excroissance flasque de 1 centimètre de long, thrombosique, et dans son voisinage quelques taches diphtéritiques grises.

(1) Nous devons la traduction de cette observation et de l'observation XXVI à la complaisance de M. Grumberg, externe des hôpitaux.

Au rebord correspondant de la valve postérieure, une infiltration analogue petite. La rate volumineuse, avec des infarctus jaunes. De nombreux petits abcès dans les veines. Un abcès péri-articulaire gauche.

A l'examen microscopique on trouva des colonies de micrococcus (gliacoccus Billroth), mais en quantité restreinte dans les membranes diphtéritiques de la muqueuse utérine, en un point de courts thrombus dans les petits vaisseaux ; des masses nombreuses semblables dans la végétation valvulaire, dans les reins, leurs vaisseaux, les vaisseaux des pyramides.

L'œil gauche a été énucléé, coupé et conservé dans le liquide de Müller. La conjonctive est légèrement gonflée ; l'épithélium de la cornée enlevé, la substance trouble non transparente. Du pus dans la chambre antérieure et postérieure, de même que dans le canal de Petit qui entoure comme une sorte d'anneau jaune-brunâtre le cristallin transparent. Infiltration purulente énorme du corps vitré dans la région des corps ciliaires, des infiltrations jaune-brunâtre pareilles, moins intenses dans les autres parties périphériques du corps vitré, ainsi qu'entre celui-ci et la rétine, tandis que l'intérieur du corps vitré est entièrement clair. Dans la rétine, des hémorragies nombreuses, brun-rougeâtre, punctiformes. La rétine n'est pas enlevée. La choroïde et la sclérotique paraissent normales. A l'examen microscopique, on trouve des infiltrations cellulaires nombreuses dans les espaces cornéens et surtout dans les couches cornéennes périphériques et postérieures.

L'épithélium de la partie antérieure de la cornée est enlevé. Dans la substance cornéenne postérieure, dans les parties périphériques et près de la tunique de Descemet, on trouve sur la plupart des coupes, 3 jusqu'à 4 espaces cornéens emplis d'amas de microcoques qui par leur coloration brune et leur réaction sont faciles à reconnaître. Sur des coupes transversales des parties périphériques de la cornée, on trouve sur plusieurs points, non loin de la membrane de Descemet, les mêmes colonies de micrococcus étalés, des amas zoogléliques en bâtonnets qui sont complétés par de petits groupes plus distincts. Les amas présentent l'aspect du gliacoccus décrit par Billroth (*coccobacteria septica*. Berlin 1874). La plupart des fissures cornéennes sont remplies de cellules rondes et présentent çà et là des troubles assez marqués.

Dans la conjonctive scléroticale, pas d'amas de microcoques ni dans le tissu, ni dans les vaisseaux. Dans l'iris, le muscle ciliaire, les appendices ciliaires, peut-être un peu d'infiltration cellulaire, mais pas de formation zoogléique.

Dans la choroïde, traitée par la potasse, on trouve en 3 ou 4 points de petites têtes zoogléiques, qu'on reconnut comme le contenu thrombotique des vaisseaux capillaires. On ne trouve pas de formation purulente, ni au voisinage ni dans cette membrane. Aucun exsudat entre la choroïde et la sclérotique ou la rétine. Par contre, on trouve une couche légère de pus sur la face interne de la rétine, de la papille jusqu'à l'ora serrata. Les couches périphériques du corps vitré sont infiltrées.

Toute la rétine fut mise sous l'objectif, par morceaux, traitée par la potasse et examinée. On trouva plus d'une douzaine de petits bouchons cylindriques plus ou moins longs de colonies de microcoques dans les artères, ainsi que dans les vaisseaux rétinien. Dans un vaisseau se divisant déichotomiquement, se trouvent 7 embolies de microcoques, disposées parallèlement. Dans plusieurs points des hémorrhagies dans le voisinage ; le reste est normal. Dans la papille on trouve sur des coupes transversales des corpuscules sanguins.

Dans l'intérieur de la capsule cristallinienne, pas de microcoques ni d'amas zoogléiques. Par contre un exsudat colloïde entre la capsule antérieure et postérieure et dans la substance cristallinienne. Nous devons accepter l'idée que dans ce cas les embolies de microcoques et leur multiplication dans les canaux cornéens ont été la cause de la panophtalmie.

OBSERVATION XVII. — *A case of Pyæmia attended by sudden destruction of eye.* John William Moore (*The Dublin Journ. med. of sci.*, fév. 1876, p. 458).

Une femme de 22 ans accouche régulièrement en septembre de son premier enfant. Quatre jours après elle commence à ressentir des douleurs abdominales et les symptômes d'une phlébite utérine. La sensibilité du petit bassin devient très vive, la jambe gauche enfle, la fièvre s'allume. Cet état de choses persiste pendant 20 jours.

Le 25^e jour survient un frisson avec point de côté violent à droite. Elle entre à l'hôpital avec tous les signes rationnels d'une pleurésie

diaphragmatique. De nouveaux frissons ne tardent pas à survenir et le poumon se prend manifestement.

La malade expectore des crachats rouillés d'apoplexie pulmonaire. Le 9 octobre, trente et unième jour de la maladie, elle se plaint d'une douleur vive à l'œil gauche, avec trouble de la vue, photophobie, resserrement de la pupille.

Le soir même la cécité était complète.

Le lendemain on constate par l'examen ophtalmoscopique la supuration de la cornée et des membranes profondes de l'œil. 24 heures après la malade succombe avec diarrhée profuse.

Autopsie. — Pleurésie purulente droite. Le poumon correspondant est le siège de noyaux apoplectiques, consécutifs à des embolies de l'artère pulmonaire dont on retrouve les traces. Les veines iliaques sont remplies par des caillots qui se continuent dans les vaisseaux de tout le membre inférieur gauche. L'iliaque primitive paraît enflammée. Enfin une thrombose du sinus caverneux gauche et de la veine ophthalmique donne l'explication des troubles oculaires. L'œil est enflammé dans son étendue et la lésion principale paraît être une choroidite suppurée.

OBSERVATION XVIII. — V. *Charité Annalen*, 1877, p. 766.

Obs. 4. Autopsie. — Femme de 25 ans morte le 25 décembre.

Endocardite ulcéreuse mitrale avec aorte chlorotique et petite végétation entre les valvules de l'aorte.

Utérus du volume d'un œuf d'oie ; sur la face postérieure débris placentaire large comme un marck, épais comme 1/2 marck.

Panophtalmie double. Hémorrhagies des 2 conjonctives. Elles ont 2 mm. d'épaisseur. Sur une coupe leur centre est blanc.

OBSERVATION XIX.

Obs. 5. Autopsie. — Femme morte le 29 janvier, 4 semaines après la délivrance.

Endocardite ulcéreuse mitrale ; au microscope quantité abondante de micrococcus. Fond de l'utérus au promontoire. Placenta inséré à la face antérieure. Son insertion est recouverte de débris de tissu placentaire, avec des portions jaunes, molles, infiltrées de pus.

Panophtalmie suppurée gauche.

OBSERVATION XX.

Obs. 7. Autopsie. — Femme de 34 ans. Utérus gros comme un œuf de poule, mou. Taches jaune orange à l'insertion placentaire et dans les vaisseaux qui en partent. Leurs parois sont épaissies. Lésions du myocarde et de l'endocarde du cœur droit.

Dans les poumons, infarctus hémorrhagiques, contenu puriforme. Dans le bulbe de l'œil gauche, liquide jaune verdâtre, purulent. Rétine en bouillie ; il n'en reste que des lambeaux. Choroïde épaissie en plusieurs endroits, ramollie, semblable à du blanc d'œuf. Cristallin mou, non troublé. Cornée trouble. Conjonctive rouge. A droite petits flocons purulents dans la chambre antérieure. Iris contracté. Pas d'hémorrhagie dans le fond de l'œil.

OBSERVATION XXI. — VIRCHOW. *Sur l'embolie capillaire.*
Archiv. f. patholog. anat., t. IX, p. 307 (1856).

Obs. Femme de 27 ans morte pendant la puerpéralité d'endocardite. Lésions mitrales. M. le professeur Müller trouva dans les yeux de l'endophtalmie occasionnée par de petites embolies dans les vaisseaux de la choroïde.

OBSERVATION XXII.

HIRSCHBERG dans les *Archiv. d'ophthalmology*, vol. IX, p. 384 rapporte le fait suivant observé par E. Martin. Le cas est celui d'une délivrance artificielle, suivie de métrite-phlébite, de choroïdite métastatique de l'œil droit (diagnostiquée par de Græfe) et de gangrène du tissu cellulaire pelvien. Guérison avec perte d'un œil.

OBSERVATION XXIII.

FEUER (*Centralb. für Augenheilkunde*, 1881, p. 35) rapporte ce cas très particulier. 7 jours après un accouchement normal qui ne fut pas suivi de fièvre, deux abcès se développèrent sur la surface externe de la sclérotique de l'œil gauche. Il n'y eut à ce moment aucun trouble intérieur de l'œil. Les abcès perforèrent la sclérotique

et produisirent la panophtalmie. L'œil fut perdu, mais le malade guérit.

OBSERVATION XXIV. — ALF. POUSSE, *Archiv. ophtal.*,
t. I, 1881, p. 174.

G., 28 ans, de constitution robuste et de bonne santé antérieure, Fièvre typhoïde à 14 ans.

1^{re} grossesse, il y a 18 mois. Avortement à 2 mois à la suite de fatigues excessives ? Suites simples.

2^e grossesse à terme, il y a 15 jours. Accouchement laborieux. Application de forceps en ville. Traction pendant 20 minutes sans résultat : 14 heures après, elle accouche spontanément. Enfant volumineux, macéré. Depuis 18 jours, elle ne sentait plus remuer. Délivrance facile et complète.

Aussitôt après, écoulement séro-sanguinolent fétide par le vagin.

Durant 4 jours elle va bien : ni fièvre, ni douleurs. Les seins sont flasques, indolents. L'écoulement est devenu sanieux, fétide.

Le 4^e jour, 7 mai, frisson, fièvre, état saburral. Pas de douleurs abdominales, ni nausées, ni vomissements. Le ventre est ballonné. Constipation.

Au même moment, l'œil gauche devient rouge, douloureux et suppurant.

Les jours suivants, l'état de l'œil s'aggrave. Phénomènes de choroïdite suppurée. Les lochies restent abondantes, fétides.

11 mai. — Accidents d'infection purulente à main gauche et avant-bras droit.

15. — Entre chez Panas. L'abcès de la main, celui de l'avant-bras sont fluctuants.

Œil gauche : Conjonctivite végétante, couverte de pus séreux, abondant. Cornée complètement infiltrée ne permet pas de voir au delà. Épithélium détruit, lames ramollies. Insensibilité. Tonus de l'œil au-dessous de la normale. La pression sur l'œil est indolente, la vision abolie. L' O. D. sain.

18. — Cornée insensible, infiltrée, non ulcérée. Pas de douleurs.

20. — Suppuration abondante de l'œil. Cornée détruite. Œil en pleine suppuration rentré dans l'orbite. Il est diminué de volume.

Il forme un petit moignon sur lequel on adapte une pièce prothétique.

Outre les deux cas que nous relatons, Hirschberg a publié 4 cas de choroïdite métastatique, in *Centralb. f. prak. Angeneilck.*, 1878, à évolution très rapidement mortelle.

OBSERVATION XXV. — *Embolie puerpérale septique de l'œil.*
In Arch. für praktische Augenheilkunde, t. X, p. 299.

C'est dans le service du professeur Frérichs qu'Hirschberg observa cette malade.

Une femme de 34 ans accoucha pour la troisième fois le 14 juin 1879. Il se produit une hémorrhagie abondante et pendant 14 jours les lochies restent rouges. Le 10^e jour de ses couches, elle se lève pour vaquer aux soins du ménage. Le 16^e jour (1^{er} juillet 1879), elle éprouve un frisson, en même temps que les lochies redeviennent plus abondantes et sentent mauvais. Les frissons continuent les jours suivants et des douleurs apparaissent dans différentes articulations, ainsi que dans l'œil droit pendant la nuit du 3 au 4 juillet. Le 4 juillet, elle entre à la clinique du professeur Frérichs.

On constate : visage pâle, expression fatiguée, genou droit très gonflé et douloureux, ainsi que l'avant-bras gauche. Utérus gros comme le poing, écoulement sanguinolent ; un peu d'albumine dans les urines. Battements du cœur sourds, mal frappés. Température 38°5, 39°9. Pouls 100, petit. Respiration 40, costale faible, avec un peu de dyspnée.

Peu à peu les douleurs articulaires devinrent plus fréquentes et plus intenses. Le docteur Litten, assistant du professeur Frérichs ponctionna l'articulation du genou et l'abcès sous-cutané de l'avant-bras et faisant immédiatement l'examen du pus évacué, y trouva beaucoup de bactéries. Il constata en outre l'augmentation du nombre des globules blancs du sang.

Cette femme mourut le 15 juillet, 32 jours après l'accouchement, 16 après le début de l'affection puerpérale, 11 après le début de l'affection oculaire.

Voici le résumé de l'autopsie : métrite et paramétrite phlébitique. Phlegmon du tissu adipeux du bassin. Pyélonéphrite métastatique double. Arthrite suppurée du genou. Pleurésie fibrineuse double.

Bronchite, pneumonie catarrhale du lobe inférieur gauche et des 2 lobes inférieur et moyen à droite. Endocardite pariétale métastatique gauche. Dégénérescence graisseuse du myocarde. Pachyméningite hémorragique droite.

Voyons maintenant tout ce qui est relatif à l'examen ophtalmoscopique et microscopique des yeux. Hirschberg examina cette femme 36 heures après son entrée à l'hôpital. L'œil gauche était normal sous tous les rapports. L'œil droit qui avait été pris quelque temps auparavant d'une douleur vive et subite offrait un peu de chémosis, une injection conjonctivale modérée, cornée transparente, hypopion ; la pupille dilatée par l'atropine était ronde ; mais sur la partie antérieure de la capsule, il existait déjà une exsudation, large de 3 millimètres. L'œil comptait encore les doigts à 2 pieds de distance.

Le lendemain les symptômes s'étaient aggravés, le chémosis et l'injection conjonctivale avaient augmenté ; la cornée était nuageuse, la chambre antérieure trouble. L'hypopion n'avait pas augmenté, mais un large exsudat recouvrait l'iris et bouchait toute la pupille devenue irrégulière, comme dentelée. Impossible d'éclairer le fond de l'œil. $V = 0$.

Extérieurement l'œil gauche ne paraît pas altéré, cependant il est devenu lui aussi presque amaurotique. A l'ophtalmoscope, on aperçoit derrière le cristallin et à sa partie supérieure, une masse exsudative composée de fins filaments et, à travers le corps vitré uniformément trouble, on voit sur la rétine une hémorragie entourée d'une zone gris blanchâtre. Cet aspect était dû à une embolie septique d'un petit vaisseau rétinien ne remontant sans doute qu'à quelques heures.

Le lendemain (7 juillet), amaurose absolue des 2 côtés. Du côté gauche, il existe aussi maintenant un exsudat sur la pupille et sur l'iris. Le 8 juillet, il y a de l'hypopion et des hémorragies conjonctivales.

Le 11 juillet, les cornées sont troubles, les pupilles obstruées par un exsudat. L'hypopion a disparu, mais la pression de l'œil a diminué. Cet état persista à peu près tel, jusqu'à la mort survenue 4 jours après.

A l'autopsie, l'œil droit fut immédiatement ouvert. On trouva la rétine presque détruite par la suppuration, et le corps vitré infiltré

de pus. Quant à l'œil gauche, il fut plongé dans le liquide de Müller et ne fut examiné que 5 mois après. On y trouva les altérations suivantes.

La préparation, dit Hirschberg est un exemple remarquable d'embolie septique de la rétine. La cornée, la sclérotique et la choroïde sont à peine changées, le nerf est normal ainsi que ses enveloppes, mais les couches antérieures de la papille sont épaissies, infiltrées de pus. La rétine très gonflée, a subi une véritable infiltration purulente dans toute son étendue ; elle est séparée de la couche épithéliale pigmentaire, qui est recouverte par places de globules de pus par un espace vide rempli évidemment de sérosité pendant la vie. Une couche de pus recouvre le corps ciliaire et se continue sur la cristalloïde postérieure, sans toutefois atteindre le pôle du cristallin. Ainsi que la choroïde, le corps ciliaire est à peine modifié. Le corps vitré est épaissi, facile à séparer de la rétine et contient près du cristallin un petit kyste rempli de sérosité. L'iris est épaissi, grisâtre, recouvert d'un exsudat qui obstrue la pupille. Léger hypopion dans la chambre antérieure. Un exsudat fait en outre adhérer la partie postérieure de l'iris à la capsule.

Au microscope on trouve que les lésions principales siègent dans la rétine. Cette membrane est infiltrée de globules purulents, adhérente par place à la choroïde. Au niveau des adhérences, la couche épithéliale pigmentaire a été détruite, la choroïde est altérée, plus épaisse. L'espace lymphatique péricoroïdien est à certains endroits dilaté et rempli d'un fin réseau de fibrine coagulée. Un réseau semblable recouvre la couche de pus mentionnée plus haut et qui va des procès ciliaires à la surface postérieure du cristallin. Iris recouvert d'exsudat.

OBSERVATION XXVI. — *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, Leipzig, 1883, p. 259-261. *Un cas d'embolie septique puerpérale des deux yeux*, HIRSCHBERG.

Ce cas eut une marche moins foudroyante que les 4 premiers cas publiés par Hirschberg. L'embolie survint chez une malade dont l'état général était assez bon ; et bien que plusieurs médecins eussent regardé la guérison comme possible, je diagnostiquai, dit Hirschberg, cas mortel.

C'était une femme de 30 ans, qui après 6 ans de mariage eut une première grossesse. L'accouchement fait par une sage-femme s'accompagna de rupture du périnée et de rétention des membranes dont l'extraction fut faite le lendemain par le médecin et nécessita l'introduction de la main.

Un jour après la délivrance, il se fit de la fièvre, puis de la péritonite puerpérale qui disparut après quelques jours. Arthrites multiples. La fièvre restait légère, les organes des sens indemnes. Le 13^e jour éclatent des troubles de la vue et des douleurs oculaires. Le 14^e jour je trouve à gauche un chémosis très fort, de l'iritis exsudative, une pupille rétrécie, non transparente.

L'œil droit qui la veille était normal est devenu très amblyopique ; il compte pourtant encore les doigts. Mais en haut et en bas, il y a un rétrécissement considérable du champ visuel. Injection légère péricornéenne. La cornée est trouble, nuageuse, ainsi que l'humeur aqueuse et le corps vitré.

La papille optique et la rétine environnante sont encore visibles et normales.

En dehors et en bas, il existe un soulèvement de la rétine, assez allongé, blanchâtre, donnant la sensation de relief. Les vaisseaux font saillie ; au bord du soulèvement quelques hémorragies rétinienne. Donc des embolies métastatiques des vaisseaux. Instillations d'atropine.

17 juillet. — Fièvre légère, sensibilité normale. Du côté de l'œil gauche, chémosis, troubles de la cornée et de la chambre antérieure. A droite la malade voit les doigts à une distance de 6 pieds. Pas de chémosis. Injection péricornéenne légère. Pupille moyenne, ronde sous l'action de l'atropine.

Le soulèvement rétinien, blanchâtre, est recouvert par le relief des vaisseaux rétinien et quelques foyers hémorragiques. Il s'est considérablement accru. La papille reste claire.

18. — T. 38°4. Etat général assez bon. Les articulations sont moins douloureuses. A gauche chémosis très fort. Choroïde voilée. La pupille est très rétrécie par l'exsudat. A droite les doigts sont à peine perçus. Injection péricornéenne. Chémosis très léger. Pupille à peine moyenne. Soulèvement rétinien persistant.

La papille n'est plus visible ; dans les zones intermédiaires la rétine est infiltrée, blanchâtre.

19. — A gauche, chémosis énorme. Abscès en segment d'anneau sur le bord de la cornée. Iritis très accentuée.

A droite, injection péricornéenne en haut. Infiltration et décollement de la rétine. Corps vitré clair.

21. — Avant midi T. 39°8. Amaurose des deux côtés. A gauche l'abcès cerclé de la cornée n'a pas progressé. A droite iritis exsudative sans chémosis. Injection péricornéenne. Pupille moyenne, non transparente. Le soir mort de la malade ; l'autopsie manque.

OBSERVATION XXVII.

LOEHLEIN a vu une embolie métastatique de la rétine survenir dès le 2^e jour chez une accouchée pluripare qui avait été tamponnée pour insertion vicieuse du placenta. Le lendemain déjà elle était emportée par une septicémie foudroyante.

OBSERVATION XXVIII.

POLLNOW a observé une ophtalmie puerpérale le 5^e jour après un avortement.

OBSERVATION XXIX. — *Irido-choroïdite de l'œil droit consécutive à l'accouchement. — Guérison avec perte totale de l'œil.* — C. KIPP, *Amer. Journ. of. the medical sc.*, p. 417, 1884 (1).

Mme B., âgée de 39 ans, multipare, met au monde un enfant vivant dans les derniers jours d'avril 1879. La date exacte ne peut être donnée : la malade ne se la rappelle pas et de plus, aucun médecin ou sage-femme ne l'a assistée. Les deux jours qui suivirent la délivrance, l'état de la nouvelle accouchée fut satisfaisant ; mais le 3^e jour, elle commença à ressentir une douleur dans la région hypogastrique. La douleur augmenta d'intensité le jour suivant, et en même temps, la malade eût un grand frisson suivi de fièvre et de sueurs profuses.

Le lendemain les frissons se reproduisirent à intervalles réguliers, la douleur abdominale persistant.

(1) Traduit de l'anglais par notre ami M. Meusnier, externe des hôpitaux, que nous sommes heureux de remercier ici.

Puis l'œil droit commença à devenir douloureux et à se tuméfier légèrement, et, autant que la malade peut se le rappeler, la vue baissa du côté droit. Environ 10 à 12 jours après l'accouchement, une personne amie amena le Dr Zeh, qui vit la malade, fit le diagnostic de paramétrite et pelvi-péritonite et prescrivit quelques médicaments.

Le 9 mai, je vis la malade pour la première fois. Elle était très affaiblie. La douleur abdominale s'était beaucoup amendée, mais le ventre était encore très sensible au toucher. Voici quel était l'état de l'œil : la paupière supérieure était légèrement œdématiée, mais ni rouge, ni tendue ; le globe oculaire était un peu projeté en avant. La mobilité de l'œil était normale ; la conjonctive oculaire très œdématiée, surtout dans sa moitié inférieure ; la cornée claire, la chambre antérieure peu profonde ; l'humeur aqueuse limpide ; la pupille moyennement dilatée, attirée en arrière par de nombreuses synéchies postérieures ; l'iris était décoloré et un peu épaissi, le cristallin notablement trouble. Le corps vitré présentait une teinte gris-jaunâtre ; la vision était limitée à la perception de la lumière ; la tension considérablement accrue. L'œil était très douloureux.

Dans les trois jours qui suivirent, la paupière supérieure devint très rouge, luisante et tellement gonflée, qu'elle ne pouvait être relevée. L'exophtalmie augmenta ; l'œil ne pouvait être porté dans aucune direction. La conjonctive oculaire, injectée fortement, forma un pli épais qui faisait saillie entre les paupières. La cornée resta claire, mais l'humeur aqueuse se troubla. La pupille resta rétrécie, malgré l'instillation toutes les heures de solution d'atropine à 1/100. Le reflet jaunâtre de derrière le cristallin s'accentua.

Durant les deux semaines qui suivirent, l'œil resta à peu près dans le même état. Le 30 mai, la sclérotique s'ouvrit entre les insertions du droit externe et du droit supérieur. La perforation augmenta rapidement, atteignant les dimensions d'un petit pois et donna issue à une grande quantité de pus. La cornée était encore très claire, mais la chambre antérieure était remplie de pus au tiers. L'œil était toujours très douloureux. Le jour suivant, une large ulcération de forme oblongue, avec bords infiltrés, fut notée dans la moitié supérieure de la cornée. La malade se sentait plus forte, mais se plaignait d'une violente douleur dans le genou gauche qui était rouge et gonflé.

Le 1^{er} juin, une saillie jaunâtre, déterminée par la formation d'un

abcès, apparut entre les insertions des muscles droit supérieur et droit interne. Le 10, le gonflement palpébral avait déjà cédé, l'ulcération de la cornée et l'ouverture de la sclérotique s'étaient fermées. Le volume de l'œil avait diminué et la douleur complètement disparu. L'œil gauche, qui fut examiné quotidiennement, pendant le séjour de la malade à l'hôpital ne présenta, à aucun moment, aucun phénomène morbide. Les symptômes de péritonite, la fluxion douloureuse du genou disparurent et la malade quitta l'hôpital le 10 juin.

OBSERVATION XXX. — WAGEMANN. *Un cas de double ophtalmie métastatique produit dans le cours de la puerpéralité par des embolies de streptocoques* (1). *Arch. f. ophthalm.*, XXXIII, 2 (1888).

Femme âgée de 37 ans. 2^e accouchement. Le matin du 16 novembre 1885, avortement de 4 mois. Le lendemain examen de l'utérus ; le col admet l'introduction de 2 doigts. Le placenta s'insère en partie à la paroi antérieure de l'utérus, en partie il se montre à l'orifice externe du col. On l'extraît manuellement. Désinfection au sublimé. Le placenta commençait à se décomposer.

2 heures après frisson avec Temp. 39°5. Diarrhée due au sublimé ou à la septicémie. Le 24 nov. on constate des bruits anormaux du côté du cœur, spécialement vers la mitrale.

Le 2 déc. 1885 à 10 heures du soir, agonie. Autopsie (prof. Weigert) 17 heures après la mort. Poumons sains.

Cœur : endocardite ulcéreuse à la mitrale, dans la paroi du ventricule gauche. Colonie microbienne plus grosse qu'une tête d'épingle.

Un peu d'hydro-néphrose du rein gauche par obstruction légère de l'uretère.

Foie normal. Injection du côlon descendant. Utérus bien revenu sur lui-même. Surface interne noirâtre. Ovaire gauche légèrement thrombosé.

Quant à la marche clinique de l'affection des yeux, voici ce qu'en dit le Dr Carl : le 24 novembre, la femme avait sa connaissance, mais était apathique ; sans qu'on l'interrogeât, elle se plaignait d'avoir la vue faible et presque perdue. Aucune douleur. A droite : vision relativement conservée.

(1) Traduction due à notre excellent collègue et ami M. Flörsheim.

A gauche, amaurose absolue. Pas de douleur. La pression des yeux, les paupières ne sont ni enflammées, ni tuméfiées ; pas de protusion du globe. Bulbe en divergence. Pas de douleurs pendant les mouvements.

Des deux côtés, surtout à gauche, chémosis assez étendu, très apparent sous le globe. Pas d'injection péri-cornéenne.

Cornée claire, humeur aqueuse de même. Iris sans lésions intéressantes. Pupilles rondes, de 3 millimètres de diamètre, immobiles.

Dans la région pupillaire des deux côtés, bel exsudat fibrineux, de couleur gris-blanchâtre, de forme circulaire, disposé concentriquement autour du cercle pupillaire et allant dans la profondeur, diminuant de coloration de la périphérie au centre.

Pas de synéchies remarquées.

Réflexes lumineux peu conservés.

A 5 heures du soir le même jour, l'œil droit était en amaurose complète. Aucune autre altération à l'examen des yeux. Impossible de faire l'examen ophtalmoscopique à cause de l'obscurité du corps vitré.

Les jours suivants le chémosis se montre nettement des deux côtés. Pas d'altérations de la chambre antérieure, notamment pas d'hypopion.

Le 27. — Le double chémosis avait atteint son apogée. La conjonctive faisait hernie à travers les paupières.

Le 2 décembre au matin, agonie. Le chémosis est presque entièrement disparu. Pas d'autres altérations. A noter cependant une légère douleur de la région ciliaire. L'amaurose reste la même, de même le réflexe lumineux. Les yeux furent placés dans l'alcool et ouverts pour être examinés macroscopiquement. L'œil droit est coupé suivant son méridien, horizontalement. La cornée est détruite sur sa partie latérale, très assombrie, irrégulière ; la coupe médiane vers la papille est fortement épaissie, la papille elle-même moins tuméfiée, le tissu sous-rétinien pris par des masses jaunâtres, le corps vitré infiltré. La choroïde est épaissie latéralement, moins au milieu. Le corps ciliaire et l'iris peu altérés.

Dans la chambre antérieure, exsudat jaunâtre coagulé par l'alcool, en partie du pus. Pas d'altération à la coupe du nerf optique. L'œil gauche fut pris avec les muscles et le nerf optique en même temps que la partie osseuse qui forme le trou optique.

La coupe qui passe par l'entrée du nerf optique, et le méridien correspondant de la cornée ne montre rien de plus qu'à droite. Les altérations sont les mêmes, mais la cornée pas détruite aussi profondément.

Corps vitré infiltré.

Les préparations sèches du pus décèlent des chaînettes de streptocoques, comptant jusqu'à 13 membres.

L'œil droit et ce qui reste du gauche furent placés dans la celloïdine.

On a obtenu ainsi de très belles préparations qui donnèrent ce résultat :

Embolies multiples de streptocoques dans les vaisseaux rétinien, migration de ceux-ci dans la rétine et le corps vitré. Multiplication considérable. Envahissement de l'iris, du corps ciliaire, de la choroïde. Nombre considérable dans la conjonctive, les muscles et le tissu conjonctif placé derrière la sclérotique.

OBSERVATION XXXI. — *Infection puerpérale. — Choroïdite métastatique. — Phlegmon de la gaine des vaisseaux fémoraux.* (Obs. recueillie par M. ALBERT TERTON, interne des hôp. de Paris).

La nommée M. Honorine, couturière, âgée de 32 ans, entre au mois de mars 1891, dans la salle Lenoir, hôpital Necker, service de M. le professeur Le Dentu.

Accidents héréditaires : rien à noter.

Accidents personnels : bonne santé générale dans l'enfance. Réglée à 14 ans : troubles névropathiques, crises hystériformes.

En 1878, 1^{er} accouchement, à terme, facile, mais laissant un état génital troublé par des interruptions menstruelles, de la leucorrhée et quelques pertes utérines. La marche et tout travail physique ont été depuis pénibles et la malade a toujours marché un peu courbée.

15 mois après, deuxième accouchement, facile. La malade se lève trop tôt. Pertes blanches ; hémorrhagies menstruelles très abondantes et durant plus de 8 jours.

La malade, enceinte d'un peu plus de 3 mois (en déc. 1890) avorte, sans cause de nous connue, dans les derniers jours de décembre.

Une partie du placenta est retenue. Troubles infectieux : fièvre, frissons, état général grave, douleurs abdominales, pertes purulen-

tes ; le tout dure plus d'un mois pendant lequel elle est soignée dans le service du D^r Rigal.

Elle était en pleine convalescence, quand au commencement de février, alors que l'état des organes génitaux semblait redevenu presque normal, elle est saisie pendant la nuit de douleurs violentes dans l'œil droit. Troubles visuels immédiats : céphalalgie, subdélirium, chémosis conjonctival, gonflement des paupières. Pas de perforation de l'œil ; mais il faut conclure, en voyant l'état actuel de l'œil, réduit à un moignon, atrophié, régulier, qu'il y a eu là une chorio-rétinite suppurative.

Une semaine après les accidents oculaires, douleurs vives le long des vaisseaux fémoraux, à la partie inférieure de la cuisse droite ; tous les signes d'un volumineux phlegmon se montrent. M. Terson ouvre l'abcès qui siégeait autour du tiers inférieur de la veine fémorale et dans lequel l'artère fémorale faisait nettement percevoir ses battements. Il s'écoula plus d'un verre de pus. L'abcès, anfractueux et très étendu en haut et en bas, n'est complètement guéri qu'après un drainage et des injections antiseptiques, continuées pendant un mois.

Le pus examiné au laboratoire de la clinique chirurgicale n'a donné que des streptocoques.

OBSERVATION XXXII. — (*Observation personnelle*). — Prise dans le service de M. le docteur CHAMPETIER DE RIBES, à la Maternité de l'hôpital Tenon. — *Septicémie par rétention et putréfaction placentaires. — Délivrance artificielle au bout de 29 heures. — Accidents généraux septicémiques à forme typhoïdique. — Irrigation continue ; curettage. — Chorio-rétinite métastatique de l'œil gauche. — Atrophie de l'œil. — Phlébite à début successif des membres inférieurs. — Guérison.*

Veuve Fr. 35 ans, salle Baudelocque, lit n° 9. Entrée le 14 juin 1891 à 7 heures du soir.

Cette femme n'a jamais fait de maladie sérieuse. Elle est normalement et régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans. Elle a eu spontanément, sans accidents consécutifs, 10 grossesses menées à terme, dont 9 en présentation du sommet, 1 en présentation du siège. Ses dernières règles datent de la mi-septembre 1890.

Elle est envoyée chez une sage-femme agréée le 13 juin. Elle y accouche à 3 heures après-midi d'un enfant du sexe masculin, qui se présente par le sommet en G. A.

Le 14 juin nous sommes appelés par la sage-femme, parce que cette accouchée n'est pas encore délivrée. La femme est transportée à l'hôpital, où elle arrive dans la soirée. L'examen pratiqué dès son entrée à 7 heures du soir nous permet de constater l'existence d'un spasme violent du col, dans lequel l'index n'est que très péniblement introduit et où il est violemment serré. La pulpe de l'index sent nettement le placenta retenu dans l'utérus.

Il y a légère hémorrhagie, expulsion de caillots retenus dans le vagin.

La température de la femme est de 39° ; le pouls est à 132. Des manœuvres en vue de la délivrer ont été déjà exécutées sans doute par la sage-femme, qui nous fait parvenir le cordon rompu et des lambeaux importants des membranes.

L'administration immédiate de chloroforme n'amène aucune détente dans le spasme du col. Avec peine nous parvenons à introduire un, puis deux doigts, qui nous donnent un jour suffisant pour appliquer un ballon Champetier de Ribes. La première tentative reste infructueuse. La seconde est suivie de succès ; le ballon que nous gonflons graduellement permet d'introduire 510 grammes de liquide. Sous ce volume le ballon mesure 28 centimètres de circonférence maxima. (Plein, il contient 620 grammes et mesure 33 centimètres de circonférence à sa base). L'introduction et le gonflement du ballon sont terminés à 7 heures 1/4. On sent nettement l'anneau cervical violemment serré sur le ballon. Nous exerçons toujours sous chloroforme des tractions sur le ballon et nous assistons à sa descente, en même temps qu'à la dilatation progressive du col. L'utérus réagit et à 7 heures 1/2 le ballon est expulsé.

Nous ne pouvons cependant pénétrer tout de suite, le col s'est brusquement refermé ; mais il cède très vite et nous parvenons rapidement à introduire quatre doigts de la main droite et leurs métacarpiens. De la main gauche nous abaissons l'utérus. Le décollement du placenta s'exécute assez facilement ; il adhère très peu. Nous parvenons ainsi à un décollement complet dans toute la moitié droite. De la main gauche introduite à son tour, tandis que la droite abaisse l'utérus, nous décollons le placenta dans la moitié utérine de même

nom. Nous explorons rapidement du doigt et certain qu'il n'existe plus aucune adhérence nous procédons à l'extraction.

L'hémorrhagie qui accompagne ces manœuvres est de moyenne abondance. Après un grand lavage utérin avec l'eau phéniquée à 2/100, nous réintroduisons la main, pour vérifier s'il n'existe plus de débris du placenta ou des membranes. Et, quand la cavité utérine nous paraît nette, nous cessons la chloroformisation et faisons immédiatement installer (10 h. s.) l'irrigation continue avec l'eau phéniquée à 1/600. Il est 8 heures du soir quand tout est fini, c'est-à-dire 29 heures après l'accouchement.

16 juin au matin. — La malade a assez bien dormi, elle ne souffre pas. T. 38°8. P. 128. Le soir, même état : T. 39°5. P. 116.

17. — Le matin T. 38°8. Vers 10 heures la malade est prise d'un frisson, elle claque des dents et sa température monte à 40° ; le P. à 140. L'irrigation continue est cessée vers midi, la femme mise dans la position obstétricale et examinée au spéculum. On trouve un col, couvert de plaques grisâtres, gris-jaunâtre, diphtéroïdes. Il est immédiatement et dans toute l'étendue malade cautérisé avec le nitrate d'argent en solution à 1/30. Le vagin est tamponné à la gaze iodoformée. Le soir T. encore 39°8.

18. — T. 38°. P. 100. L'état fonctionnel reste stationnaire. Comme au premier jour la malade ne souffre pas. Elle prétend dormir bien, quoiqu'elle ait des rêvasseries, des cauchemars. Elle s'alimente un peu.

Réexaminée comme la veille, elle présente encore des plaques de même nature qui prédominent à droite. Ces plaques sont grattées fortement à la curette tranchante ; tout le tissu objectivement pathologique est enlevé ; le champ opératoire est ensuite à nouveau badigeonné avec la solution de nitrate à 1/30. Puis lavage avec l'eau phéniquée à 1/50 et tamponnement vaginal iodoformé.

Le soir T. 40. P. 124.

19. — La malade ne souffre toujours pas et mange. Mais la nuit a été moins calme. Il existe de la dyspnée, la langue est légèrement sèche, le visage est anxieux, le nez effilé, les yeux sont cernés, en un mot facies grippé.

Les bruits du cœur sont rapides, mais normaux.

Du côté des poumons on note, aux bases, avec prédominance marquée à droite, une submatité légère avec exagération des vibrations

et de gros râles sous-crépitaux. Dans toute l'étendue de la poitrine des râles sibilants et ronflants, en un mot, l'auscultation d'une typhoïde de moyenne intensité. La température est de 40°. Le P. 124.

L'examen du col montre de ce côté une disparition presque complète des plaques diphtéroïdes.

Dans le but de poursuivre plus haut l'origine des phénomènes généraux observés, M. Champetier de Ribes pratique le curettage utérin. La curette ramène des débris de caduque altérés. La cavité utérine est ensuite écouvillonnée avec la solution phéniquée à 1/20, puis lavée avec la solution phéniquée à 2/100 ; enfin tamponnée avec la gaze iodoformée. Tamponnement vaginal à la même gaze. Le curage est terminé à 11 heures.

A midi, après un frisson violent qui dure un quart d'heure, la température s'élève à 40°6.

Le soir l'état reste stationnaire. T. 40°6. P. 138.

Le 20, matin T. 40°2. P. 140. L'état général reste le même, bien qu'il y ait indolence absolue et que l'appétit persiste légèrement. Le facies est altéré, les symptômes pulmonaires persistent ; la congestion de la base droite augmente d'intensité.

L'auscultation du cœur ne trahit ni souffle, ni frottement. Outre l'alcool à haute dose, administré dès le 1^{er} jour, on donne par paquets de 20 centigr. en 24 heures 1 gramme 20 de sulfate de quinine.

Le soir T. 39°5. P. 140.

21. — Le pansement utérin est renouvelé. T. 39° 6. P. 140.

Facies toujours grippé. Délire léger pendant la nuit. Agitation. Au réveil, les réponses sont nettes. Le cœur ne présente toujours d'anormal que la fréquence de ses battements. Les signes stéthoscopiques du côté du poumon sont les mêmes ; la dyspnée existe toujours.

22. Même état, même traitement. T. le soir 40°5. P. 140.

23. — Tandis que les signes d'état général, que les phénomènes stéthoscopiques déjà énumérés restent les mêmes, on note un œdème conjonctival gauche assez prononcé. Il s'est produit dans la nuit du 22 au 23 juin sans qu'aucun phénomène douloureux en avertit la malade. Cet œdème est pâle, la conjonctive a un aspect gélatiniforme, brillant. Elle entoure la cornée intacte sans empiéter sur elle.

On ne trouve pas d'arborisation vasculaire dans toute la région

œdématisée. Les mouvements oculaires sont conservés ; la perception des objets moins nette.

24. — Le matin T. 38° 2.

L'œdème conjonctival s'est accru. Il reste pâle, la paupière inférieure paraît tuméfiée.

Le soir T. 40° 6. P. 128. Le facies est toujours très altéré, les dents sont fuligineuses, la langue sèche, les narines pulvérulentes.

L'auscultation ne révèle pourtant rien de nouveau qui soit appréciable, soit du côté des poumons, soit du côté du cœur.

25. — Matin. T. 37° 4. Les phénomènes de la veille se sont calmés, la deuxième partie de la nuit a été assez calme. Facies plus reposé. Surdité assez marquée, attribuée au sulfate de quinine pris depuis 5 jours à la dose de 1 gr. 20 et dont l'administration est cessée.

Du côté de l'œil gauche, le chémosis s'est fortement accru, chémosis déjà assez rouge. Il déborde nettement la fente palpébrale et et empiète irrégulièrement sur la cornée. Celle-ci est devenue trouble, opaque, infiltrée. Il n'existe pas d'hypopyon. Le globe oculaire paraît avoir conservé ses dimensions et sa tension normales. Les mouvements s'exécutent mais plus limités, paresseux. Les paupières, la supérieure surtout, participent à la tuméfaction. La vision des objets a baissé beaucoup. La malade ne distingue plus les objets, ne compte plus les doigts.

La rétine reste cependant encore sensible, quoique très peu à la lumière.

Tous ces phénomènes pathologiques restent d'une indolence absolue.

Le soir tous ces signes persistent. La paupière supérieure est très œdématisée, l'œil est saillant en avant, exophthalmique.

26. — Le soir du 26 la malade a encore, mais très affaiblie, la perception des impressions lumineuses.

La tuméfaction persistante des paupières avec chémosis et protusion du globe oculaire contrastent avec l'émaciation de la face de la malade et donnent au visage un aspect singulier.

La cornée est toujours opaque, sa surface dépolie. Pas d'hypopyon. Pas de phénomènes douloureux.

27. — Les signes oculaires précédents restent les mêmes. Le chémosis un peu plus rouge, la paupière supérieure plus tuméfiée, lui-

sante. L'œil est devenu complètement insensible aux impressions lumineuses.

Depuis le début de ces accidents comme dans la suite, le traitement local institué a été le suivant : à l'aide d'eau boriquée saturée stérilisée, dont on imprègne des tampons d'ouate aseptique qu'on exprime au niveau du grand angle de l'œil, on pratique de fréquentes irrigations. Dans l'intervalle, l'œil est abrité contre les poussières de l'air, à l'aide de compresses fines stérilisées, imprégnées de la même solution et maintenues à l'aide d'une fronde.

28-29. — Rien de nouveau à noter.

30. — A l'auscultation, on trouve encore : râles sibilants et ronflants, de gros râles sous-crépitaux disséminés.

La submatité des bases a disparu.

Cœur normal.

Facies meilleur. La malade n'accuse aucune souffrance, dort assez bien et s'alimente : 2 litres de lait, du rhum et du champagne.

Selles diarrhéiques, langue un peu sèche. Une eschare fessière apparue dans les jours précédents ne s'accroît pas.

La cécité persiste, ainsi que les phénomènes d'œdème généralisé et les troubles cornéens. Le fond de l'œil est inéclairable. Pas de suppuration, pas de fonte purulente de l'œil.

La température continue à osciller entre 38° et 39°. Le pouls reste au-dessus de la normale. La courbe de l'un et l'autre ne présente aucune régularité.

2 juillet. — L'amendement des signes pulmonaires persiste et malgré l'élévation thermique de la veille au soir à 40°, le pouls est bon, la diarrhée a cessé, la malade n'accuse aucune douleur, ne perd pas. La langue est un peu sèche, l'œil reste stationnaire.

4. — La cécité est toujours la même. Le gonflement conjonctivo-palpébral diminue ; la cornée est moins grisâtre, d'aspect plus brillant.

Apparition de phlegmatia au membre inférieur droit, caractérisée par un œdème blanc, douloureux, du mollet. Rien dans la courbe thermique ne trahit cet accident au début. T. 39. P. 120.

Sulfate de quinine 1 gramme à dose fractionnée.

6. — La température s'est élevée progressivement. Elle atteint le 6 au matin 40°. Le pouls est à 124.

La phlébite gagne tout le membre inférieur droit ; l'œdème remonte jusqu'à l'arcade crurale.

9. — État de l'œil stationnaire. Phlébite toujours très marquée au membre inférieur droit.

Signes stéthoscopiques toujours les mêmes. État général moins bon. Langue sèche.

11. — La phlegmatia envahit le membre inférieur gauche tout entier. Il y existe un œdème blanc très marqué, douloureux à la pression, avec varicosités superficielles.

A droite la phlegmatia remonte jusqu'à la partie inférieure du thorax ; la fesse, la paroi abdominale sont tuméfiées.

Le gonflement conjonctivo-palpébral continue à diminuer ; le chémosis existe encore, toujours inflammatoire, rouge vif.

15. — Phlébite gauche très marquée. Le membre est très volumineux ; son volume égale celui du membre opposé dans les jours précédents. Ce dernier présentement décroît un peu. La peau est moins tendue. Les eschares fessières persistent, sans s'aggraver.

20. — Amélioration légère à droite. Phlegmatia toujours intense à gauche. Adynamie marquée. Incontinence d'urine et des matières.

24. — L'état général s'amende. La quantité d'urines volontairement émises est plus considérable. Il existe encore des râles sibilants et sous-crépitants et de la diminution du murmure.

L'œil, la conjonctive, les paupières continuent leur régression.

28. — Augmentation légère des eschares. Elles atteignent de chaque côté de la ligne médiane les dimensions d'une pièce de 2 francs. On les panse avec :

poudre de salol	} aa
poudre de bismuth	

L'état général se relève.

1^{er} août. — Même aspect des eschares ; même état pulmonaire. La phlegmatia diminue légèrement des deux côtés.

2. — Etat général notablement meilleur. Plus d'incontinence. Signes pulmonaires très atténués. Persistance des œdèmes des membres inférieurs.

L'œil gauche s'est progressivement atrophié sans rupture, sans aucun phénomène de suppuration apparent.

La paupière supérieure affaissée, sans relief, tombe comme un voile. Son bord libre se met en contact avec le bord libre de l'infé-

rieure et leur plus grand écart spontané forme une fente de très faible hauteur. Ce bord a conservé du reste toute sa rectitude : pas d'ectropion, pas d'entropion.

Lorsqu'on écarte les paupières, on aperçoit le globe oculaire très réduit de volume, mobile. La cornée est terne, non ulcérée, entourée d'une conjonctive légèrement injectée, non œdémateuse. L'œil est larmoyant, indolent, mobile. La cécité est complète.

25. — La malade continue à mieux aller. L'état général paraît bon. Le sommeil est tranquille, l'appétit assez marqué.

La phlegmatia toujours très prononcée surtout à droite remonte jusqu'à l'ombilic. Il existe sous la peau des sinuosités veineuses, bleuâtres, très apparentes. La pression est toujours douloureuse. Le pouls est fréquent. La température oscille aux environs de 38°.

L'eschare fessière se répare.

L'état de l'œil reste le même.

40 septembre. — Bon état général. Les eschares sont complètement guéries. Diminution progressive jusqu'à ce jour de la phlegmatia gauche. Le membre est presque revenu au volume normal. A droite l'œdème persiste encore nettement.

12. — La température et le pouls sont redevenus normaux.

5 octobre. — Rien de nouveau du côté de l'œil. L'œdème du membre inférieur droit, qui seul persistait, a diminué beaucoup.

L'indolence y est absolue. La malade commence à se lever.

7. — Œdème léger des pieds à la suite de la station debout. Du reste indolence absolue.

17. — Exeat. Depuis plus d'un mois la température et le pouls sont normaux. Revue à la fin de février 1892, cette personne présente de nouveau de l'œdème des membres inférieurs.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Hall et Higginbottom.** — *Médico-chirurgical transactions*, vol. XV, p. 120. London, 1829.
- Mackenzie.** — T. II de la traduction française, p. 95 et suivantes.
- C. Kipp.** — *Amer. journ. of the medical scien.*, p. 417, 1884.
- Hirschberg.** — *Knapps Archiv.*, 1880.
- Desmarres.** — *Traité des maladies des yeux*. Paris, 1847, p. 244.
- Gayet.** — *Lyon médic.*, 1872.
- Hirschberg.** — Traduction in *Revue d'ophtalmologie*, 1881.
- Pousson.** — In *Archiv. d'ophtalm.*, janv.-fév., 1881.
- Desbrières.** — Th. de doctorat, 1890.
- Émile Gendron.** — Th. de doctorat, 1890.
- Hirschberg.** — *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, 1878, p. 173.
- *Archiv. für Augenheilkunde*, t. X, p. 299.
- *Centralblatt für praktische Augenheilkunde* (fév. 1885, j. et mars 1884).
- *Centralblatt für praktische Augen*. Leipsig., 1883 (259-261).
- Hjalmar Heiberg.** — *Centralbl. f. der med. Wissench.*, 1874, n° 36, p. 561.
- Knapp.** — *Arch. für ophtalmol.*, Berlin, 1867, Band. XIII, 1^{er} abtheilung, p. 127.
- Wagemann.** — *Archiv. f. opht.*, XXXIII, 2, 1888.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.
